神奈川県風しん抗体検査事業　協力医療機関

解除申出書

年　　月　　日

神奈川県医師会長　殿

医療機関名

代表者名

神奈川県風しん抗体価検査事業の協力医療機関を解除することを申し出いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 代表者名 |  |  |
| 住　　　所 | 〒 | 電話番号 |  |  |
| 解除年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |